Gesetzentwurf

der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Irmgard Schwaetzer, Hildebrecht Braun (Augsburg), Ernst Burgbacher, Jörg van Essen, Ulrike Flach, Paul K. Friedhoff, Rainer Funke, Hans-Michael Goldmann, Joachim Günther (Plauen), Klaus Haupt, Birgit Homburger, Dr. Werner Hoyer, Ulrich Irmer, Gudrun Kopp, Jürgen Koppelin, Günther Friedrich Nolting, Cornelia Pieper, Dr. Edzard Schmidt-Jortzig, Dr. Hermann Otto Solms, Carl-Ludwig Thiele, Dr. Wolfgang Gerhardt und der Fraktion der F.D.P.

Entwurf eines Gesetzes zur Versorgungsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsangleichungsgesetz)

A. Problem

Mit dem Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) sind die für die neuen Bundesländer geltenden besonderen Vorschriften in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgehoben und die noch vorhandenen unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen für Versicherte, Leistungserbringer und Krankenkassen abgebaut worden. Bestehen geblieben sind aber beträchtliche Unterschiede im Versorgungs- und Ausgabenniveau in den Leistungsbereichen der GKV, in denen zum Ausgangszeitpunkt der Ausgabenbudgetierung durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) eine Angleichung der Versorgungsstrukturen der neuen Bundesländer an diejenigen des übrigen Bundesgebietes noch nicht abgeschlossen war. Hierdurch ist – insbesondere in den letzten Jahren – durch die gegenüber den ursprünglichen Erwartungen niedrigere Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen-Ost der Angleichungsprozess ins Stocken geraten. § 313a Abs. 3 SGB V i. d. F. des Rechtsangleichungsgesetzes verhindert dabei ausdrücklich, dass zusätzliche Finanzmittel, welche den Krankenkassen in den neuen Bundesländern als Folge des ab 1. Januar 2001 bundesweit durchgeführten Risikostrukturausgleiches zufließen, zur Finanzierung dieses Angleichungsprozesses eingesetzt werden dürfen.

Nachteile sind ebenfalls dadurch entstanden, dass überbereichliche Krankenkassen, die ihren Sitz im Westen haben, jedoch einen starken Mitgliederzuwachs aus den neuen Bundesländern hatten, für deren Versorgung Vergütungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen im Westen nach niedrigeren „Ostpauschalen“ zahlen, die im Wege des Fremdkassenzahlungsausgleiches an die Kassenärztlichen Vereinigungen weitergeleitet worden sind. Diese erhebliche Ausweitung des komplizierten Fremdkassenausgleichs hat insgesamt zu einem Übermaß an Bürokratie und zu inkonsistenten Verwerfungen in der Vergütungsstruktur geführt.

Betroffen sind von den unterschiedlichen Versorgungs- und Vergütungsbedingungen in den neuen Bundesländern insbesondere die vertragsärztliche Versorgung und die Heilmittelversorgung. In diesen Leistungsbereichen liegt der Anteil der Leistungsausgaben je Versicherten in den neuen Bundesländern nach wie vor deutlich unter 80 Prozent der jeweiligen Leistungsausgaben je Versicherten in den alten Bundesländern. Dass damit die ambulante Versorgung in den neuen Bundesländern bereits aufgrund der unterschiedlichen demografischen Struktur unterfinanziert ist, geht exemplarisch aus einem Gutachten des IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung zur Entwicklung der vertragsärzlichen Versorgung in den neuen Bundesländern hervor. Zahlreiche Untersuchungen belegen überdies die höhere Krankheitslast in den neuen Bundesländern. Vor diesem Hintergrund beschleunigt das Fortdauern von deutlich niedrigeren Ausgaben je Versicherten in einzelnen Leistungsbereichen in den neuen Bundesländern die Gefahr einer versteckten Rationierung in der wohnortnahen ambulanten Versorgung. In einigen Gebieten gelingt es heute schon nicht mehr Nachfolger für freiwerdende Arztpraxen zu gewinnen. Eine solche Entwicklung gefährdet die Versorgung in nicht zu verantwortender Weise.

B. Lösung

Die aufgezeigten Probleme lassen sich dadurch lösen, dass die Kopfpauschalen im Rahmen von Regelleistungsvolumina durch feste Punktwerte ersetzt werden, eine schrittweise Angleichung der zurzeit deutlich unter Westniveau liegenden Preise und Vergütungen in den neuen Bundesländern binnen drei Jahren erfolgt sowie Vergütungsvereinbarungen vor Ort für alle GKV-Versicherten, die dort wohnen, getroffen werden.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Für Bund und Länder keine. Den Krankenkassen in den neuen Bundesländern entstehen zusätzliche Kosten durch den stufenweisen Angleichungsprozess. Dem stehen jedoch erhöhte Einnahmen aus dem Risikostrukturausgleich gegenüber.

Entwurf eines Gesetzes zur Versorgungsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsangleichungsgesetz)

Der Bundestag hat folgendes Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999, BGBl. I S. 2657, wird wie folgt geändert:

1. § 83 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

   „Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen Gesamtverträge mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart über die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort in ihrem Bereich.“

2. § 85 Abs. 1 und 2 werden wie folgt neu gefasst:

   „(1) Die Krankenkasse entrichtet mit befreiender Wirkung nach Maßgabe der Gesamtverträge, an denen sie beteiligt ist, eine Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bereich dieser Kassenärztlichen Vereinigung.

   (2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen vereinbart. Die Gesamtvergütung ist als Punktwert für die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgeführten ärztlichen Leistungen zu vereinbaren. Gleichzeitig sind, bezogen auf den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer oder auf Gemeinschaften von Leistungserbringern, arztgruppenspezifische oder indikationsbezogene Regelleistungsvolumen zu vereinbaren, innerhalb derer der vereinbarte Punktwert gilt und bei deren Überschreiten die Höhe des Punktwertes in zu vereinbarenden Stufen absinkt. Die Arztgruppen sind an den landesrechtlichen Regelungen zur ärztlichen Berufsausübung unter Berücksichtigung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen auszurichten. Indikationsbezogene Regelleistungsvolumen sollen zur Förderung der auf die medizinische Versorgung bestimmter, insbesondere chronischer Erkrankungen ausgerichteten Versorgungsstrukturen (Disease-Management) vereinbart werden. Die Partner der Bundesmantelverträge vereinbaren einheitliche Grundlagen für die Bildung arztgruppenspezifischer und indikationsbezogener Regelleistungsvolumen.“

3. § 85 Abs. 2a sowie 3a bis 3c werden gestrichen.

4. § 85 Abs. 3 erhält folgende Fassung:

   „(3) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung von Änderungen im Versorgungsbedarf sowie unter Wahrung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V).“

5. § 85 Abs. 4 wird wie folgt gefasst:

   „(4) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zugrunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes verhindert wird.“

6. § 85 Abs. 4a bis 4f werden gestrichen.

Artikel 2

Übergangsvorschriften, Inkrafttreten

§ 1
Übergangsvorschrift

Für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet findet § 71 SGB V mit der Maßgabe Anwendung, dass in einer Zeitspanne von drei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes abweichend von der Veränderungsrate des § 71 Abs. 2 Veränderungsraten zu vereinbaren sind, die eine stufenweise Angleichung ermöglichen.

§ 2
Inkrafttreten

Das Gesetz tritt am 1. Januar 2002 in Kraft.

Berlin, den 16. Mai 2001

Dr. Dieter Thomae
Detlef Parr
Dr. Irmgard Schwaetzer
Hildebrecht Braun (Augsburg)
Ernst Burgbacher
Jörg van Essen
Ulrike Flach
Paul K. Friedhoff
Rainer Funke
Hans-Michael Goldmann
Joachim Günther (Plauen)
Klaus Haupt
Birgit Homburger
Dr. Werner Hoyer
Ulrich Irmer
Gudrun Kopp
Jürgen Koppelin
Günther Friedrich Nolting
Cornelia Pieper
Dr. Edzard Schmidt-Jortzig
Dr. Hermann Otto Solms
Carl-Ludwig Thiele
Dr. Wolfgang Gerhardt und Fraktion

Begründung

A. Allgemeines

Die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Bundesländern ist nach Ablauf der durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführten gesetzlichen Budgetierungsphase ab 1996 für die einzelnen Versorgungsbereiche sehr unterschiedlich verlaufen. Während für die meisten Versorgungsbereiche das Ausgabenniveau der gesetzlichen Krankenversicherung im Verhältnis zwischen den neuen Bundesländern und dem übrigen Bundesgebiet weitgehend angeglichen ist, stehen für die ambulante Versorgung der Patienten in den neuen Bundesländern je Versicherten nur 77 Prozent der Mittel in den alten Bundesländern zur Verfügung. Bei der Heilmittelversorgung beträgt dieser Anteil nur 69 Prozent. Die seit 1997 durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz eingeführte bundeseinheitliche Grundlohnsummensteigerung als Maßstab für die Entwicklung der Gesamtvergütungen und für die vereinbarten Leistungsentgelte mit Heilmittelerbringern führt nicht zu einer Verringerung des Abstandes zwischen Ost und West, sondern wegen der unterschiedlich hohen Ausgabenbasen zu einem weiteren Auseinanderklaffen der Ausgabenentwicklung.

Zusätzlich muss berücksichtigt werden, dass in den neuen Bundesländern eine schlechtere Altersstruktur besteht und erfahrungsgemäß bei einem höheren Durchschnittsalter der GKV-Versicherten ein höherer Versorgungsbedarf je Versicherten besteht. Eine Untersuchung des IGES-Institutes zu diesen Fragen hat ergeben, dass unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden die Ost-West-Ausgabenrelation im Jahr 1998 nicht bei knapp 78 Prozent, sondern um rund 1,5 Prozentpunkte niedriger, nämlich bei nur 76,5 Prozent liegt. Um diese altersbedingt wachsenden Ausgleichsansprüche bei gleichbleibender Ost-West-Relation auszugleichen, müssten nach dieser Studie die Vergütungen pro Versicherten in den neuen Bundesländern im Jahr 1999 um zwei Prozent, im Jahr 2002 bereits um knapp 3,1 Prozent und im Jahr 2005 bereits um nahezu 3,9 Prozent angehoben werden. Für die Heilmittelversorgung sind vergleichbare Auswirkungen zu vermuten.

Die Auswirkungen des niedrigeren Ausgabenniveaus für die ambulante Versorgung der Versicherten in den neuen Bundesländern zeigen sich ebenfalls nach einer Studie von IGES in einer deutlich höheren Häufigkeit vermeidbarer Krankheiten, einer wesentlich schlechteren Personalsituation und einer sinkenden Zahl von Ausbildungsplätzen in den neuen Bundesländern.

Bei einer in nahezu allen neuen Bundesländern in der Relation zu den übrigen Bundesländern niedrigeren Krankenhausbettendichte mit einer geringeren Zahl von Pflegetagen je Versicherten im Vergleich zu den übrigen Bundesländern ist davon auszugehen, dass die ambulante Versorgung entsprechend stärker in Anspruch genommen wird, was sich aber im Ausgabenvolumen nicht niederschlägt.

Dabei entsprechen die neuen Bundesländer mit einem Anteil von 60 Prozent Allgemeinärzten und 40 Prozent Fachärzten genau den Planungsvorgaben, die die Bedarfsplanungsrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen seit Jahren für das Verhältnis von hausärztlicher zu fachärztlicher Versorgung anstreben. Die fachärztliche Versorgung hat sich jedoch insbesondere im medizinisch-technischen Bereich erst im Verlaufe der letzten fünf Jahre auf das jetzt erreichte Niveau entwickelt. Die Zuwachsraten in der fachärztlichen Versorgung einschließlich der Anschaffung medizinisch-technischer Großgeräte sind bedarfsgerecht und nicht als Überversorgung zu werten. Die mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 bundeseinheitlich durchgeführte Aufteilung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung in einem hausärztlichen und einem fachärztlichen Gesamtvergütungsanteil auf der Grundlage des Jahres 1996 hat sich trotz dieser bedarfsgerechten Entwicklung dramatisch auf die Vergütungslage der fachärztlichen Versorgung ausgewirkt. Besonders negativ wirkt sich dabei in den neuen Bundesländern die aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil zu finanzierende psychotherapeutische Versorgung aus. Da in den neuen Bundesländern „Erstattungspsychotherapeuten“ nur in sehr geringer Zahl durch die Krankenkassen in Anspruch genommen wurden, spiegeln die Budgets, die auf Vergangenheitsdaten rekurrieren, den tatsächlichen Bedarf nicht ausreichend wieder, mit der Folge, dass jetzt der fachärztliche Gesamtvergütungsanteil extrem durch die stark wachsenden Ausgaben für die psychotherapeutische Versorgung belastet wird.

Die neuen Bundesländer sind durch diese Entwicklungen besonders stark betroffen. In einem ersten Schritt müssen deshalb innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren die Vergütungen an das Westniveau angepasst werden.

Die Anpassung der Vergütung allein reicht jedoch nicht aus. Auch die alten Bundesländer haben zunehmend mit den Folgen der gesetzlichen Budgetierung und ihrer nicht bedarfsgerechten jährlichen Fortschreibung zu kämpfen. Eine neue Grundlage für das Vergütungssystem muss deshalb dafür sorgen, dass medizinischer Fortschritt, eine steigende Zahl älterer Menschen, eine steigende Zahl kranker Menschen sowie die Zunahme von Schwersterkrankten adäquate Berücksichtigung finden und die Ärzte auf einer verlässlichen Kalkulationsgrundlage wirtschaftlich arbeiten können. Feste Punktwerte ersetzen deshalb die heutige Budgetierung mit ihren Konsequenzen der floatenden Punktwerte.

Darüber hinaus muss der viel zu komplizierte und viel zu bürokratische Fremdkassenausgleich, der in den letzten Jahren erheblich angewachsen ist, wieder auf ein vernünftiges Maß reduziert werden. Er war ursprünglich dafür gedacht, einen Ausgleich zu schaffen, wenn Versicherte außerhalb ihres Wohnortes, der im Normalfall mit dem Sitz der Krankenkasse zusammenfiel, sich in ärztliche Behandlung begeben mussten. Nunmehr wird vorgesehen, dass die Verträge zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Landesverband der Krankenkassen einer Kassenart eine Vereinbarung für alle Versicherten treffen, die ihren Wohnort in diesem Bereich haben, unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse sie versichert sind. Der Ausgleich erfolgt dann auf der Basis dieser Vergütungen zwischen der Krankenkasse des Versicherten und der Kassenärztlichen Vereinigung, der die behandelnden Ärzte angehören.

B. Einzelbegründung

Zu Artikel 1 Nr. 1

§ 83 Abs. 1 Satz 2

Durch die Zunahme der Fälle, in denen Krankenkassen außerhalb ihres Sitzes eine Vielzahl von Versicherten versichern, ist der Fremdkassenausgleich in den letzten Jahren auf ein unakzeptables Maß ausgeweitet worden. Die Kompliziertheit des Verfahrens sowie durch das Verfahren entstehende Ungereimtheiten in der Vergütungsstruktur machen eine Änderung erforderlich.

Der Fremdkassenausgleich wird deshalb durch diese Regelung auf seine ursprünglich Funktion reduziert, einen Ausgleichsmechanismus zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen für Versicherte zu schaffen, die sich während eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb ihres Wohnortes einer ambulanten ärztlichen Behandlung unterziehen müssen. Die neue Regelung beinhaltet, dass für alle Versicherten einer Kassenart mit Wohnsitz in einem KV-Bezirk ein Vertrag zwischen KV und Landesverband dieser Krankenkasse geschlossen wird, egal an welchem Ort die versichernde Krankenkasse ihren Sitz hat. Für Versicherte mit Wohnort Berlin, die bei einer Krankenkasse mit Sitz in Hamburg versichert sind, bedeutet das z. B., dass die Vergütung der niedergelassenen Ärzte gemäß der Vereinbarung zwischen der KV Berlin und dem Landesverband dieser Kassenart Berlin erfolgt.

Zu Artikel 1 Nr. 2

§ 85 Abs. 1

Es wird sichergestellt, dass die Krankenkasse für ihre Versicherten einschließlich deren mitversicherter Familienangehöriger, die ihren Wohnsitz nicht am Sitz der Krankenkasse haben, an die KV des Wohnortes eine Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung entrichtet. Die Abrechnung erfolgt auf diese Weise direkt zwischen KV und zuständiger Krankenkasse und nicht über den Fremdkassenausgleich.

§ 85 Abs. 2

Die heutige Vergütung nach Kopfpauschalen ist kontraproduktiv. Sie führt kollektiv zu sinkenden Punktwerten, wenn mehr oder teurere Leistungen erbracht werden und zwar auch dann, wenn diese notwendig sind, um die gesundheitliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Kopfpauschalen historisch gewachsen sind und nicht etwa den Versorgungsbedarf widerspiegeln. Diese Situation hat sich durch die jahrelange unreflektierte Fortschreibung aufgrund der gesetzlichen Budgetierung deutlich verschärft.

Die Regelung sieht deshalb feste vereinbarte Punktwerte für ärztliche Leistungen vor, die ab einer vereinbarten Leistungsmenge differenziert nach Arztgruppen oder Indikationen abgestaffelt werden können. Der Indikationsbezug soll dabei sicherstellen, dass adäquate Vergütungsregelungen für Versorgungsstrukturen geschaffen werden können, die insbesondere auf chronische Erkrankungen ausgerichtet sind, also so genannte Disease-Management-Projekte.

Durch die festen Punktwerte erhalten die Ärzte die Planungssicherheit, die sie brauchen, um ihre Arztpraxen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten effizient betreiben zu können. Die Krankenkassen erhalten durch die Abstaffelung die Sicherheit, dass die Anreizmechanismen so gesetzt sind, dass sich ungerechtfertigte Mengenausweitungen nicht rentieren.

Zu Artikel 1 Nr. 3

§ 85 Abs. 2a

Eine Sonderregelung zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen zur Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger ist bei Vereinbarung fester Punktwerte im Rahmen von Regelleistungsvolumina nicht mehr erforderlich, weil den Besonderheiten im Rahmen der vertraglichen Vereinbarungen Rechnung zu tragen ist. Absatz 2a wird deshalb gestrichen.

§ 85 Abs. 3a bis 3c

Die Absätze 3a bis 3c entfallen mit der Abschaffung der gesetzlich vorgegebenen Budgetierung, da sie Detailregelungen zur Ausgestaltung der Budgetanpassungen enthalten.

Zu Artikel 1 Nr. 4

§ 85 Abs. 3

Bei der Vereinbarung fester Punktwerte im Rahmen des Regelleistungsvolumens kommt es entscheidend auf den Versorgungsbedarf an. Auf die gesonderte Berücksichtigung der Praxiskosten und der Arbeitszeit, die im Übrigen auch bisher kaum eine Rolle gespielt haben, kann deshalb verzichtet werden. Statt dessen wird der Versorgungsbedarf zur maßgeblichen Einflussgröße.

Zu Artikel 1 Nr. 5

§ 85 Abs. 4

Aufgehoben wird die gesetzlich vorgegebene Trennung der Gesamtvergütungen für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung sowie die Sonderregelungen im Verteilungsmaßstab zur Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte. Bei einer Vereinbarung von festen Punktwerten, die für ärztliche Leistungen quasi vereinbarte Preise vorsieht, sind solche Regelungen überflüssig. Vielmehr müssen die Verhandlungspartner in den Vereinbarungen den besonderen Belangen der unterschiedlichen Arztgruppen sowie der unterschiedlichen Leistungsstrukturen Rechnung tragen. Ebenfalls entfallen sind die Regelungen zu den so genannten Regelleistungsvolumina, die nunmehr nicht mehr Option sondern Obligatorium sind.

Zu Artikel 1 Nr. 6

§ 85 Abs. 4a

Die Regelungen des Absatzes 4a sind mit dem Übergang zu einem System fester Punktwerte hinfällig geworden. Die darin vorgesehenen Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen, die der Bewertungsausschuss bestimmen sollte,

ergeben sich in einem System fester Punktwerte durch die Festsetzung der Preisrelationen.

§ 85 Abs. 4b bis 4f

Die Absätze 4b bis 4f, die Sonderregelung zur Abstaffelung im zahnärztlichen Bereich enthalten, sind in einem System fester Punktwerte ebenfalls hinfällig.

Zu Artikel 2

§ 1 Übergangsvorschrift

Die Vorschrift gewährleistet für die neuen Bundesländer die Angleichung der Vergütungen an das Westniveau über eine Zeitspanne von drei Jahren hinweg. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilitiät findet insofern keine Anwendung.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333